

# DECLARACION DE SALUD Colectivo de Saldo Deudor



DATOS DEL ASEGURADO			
Contratante:		Número de póliza:	
Plazo de la deuda: (meses)	Valor del Préstamo	Cúmulo del préstamo:	
Tipo de préstamo:      ( ) Personal      ( ) Hipoteca      ( ) Autos      ( ) Otro			
Nombre del Asegurado:		Ocupación:	
Cédula:	Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	
Jubilado:    ( ) Sí    ( ) No	Planilla No:	Pensionado y Causa:	
Sexo:	Estado Civil:	Estatura: (metros)	Peso: (libras)

DECLARACIÓN DE SALUD SECCION A			
Ha presentado alguna de las siguientes condiciones:	SI	NO	En caso de respuesta afirmativa, DETALLE
1. ¿Ha consultado algún medico en los últimos 12 meses?			
2. ¿Ha tenido diabetes, cáncer, tumores, quistes, presión alta? (*)			
3. ¿Ha tenido enfermedad del corazón, pulmones, vías respiratorias? (*)			
4. ¿Enfermedad de los riñones, hígado, vejiga, próstata y/o alteraciones digestivas? (*)			
5. ¿Ha tenido, sufrido o padecido, depresión, ansiedad, o enfermedad mental? (*)			
6. ¿Se le ha practicado o avisado de alguna operación quirúrgica?			
7. ¿Está usted embarazada? ¿Cuántos meses?			
8. ¿Tiene usted, alguna discapacidad física?			
9. ¿Toma algún medicamento? Detalle el nombre			
10. ¿Ha recibido alguna vez atención o tratamiento médicos por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)			
11. ¿Fuma? ¿Cuánto cigarrillos o habanos al día?			
12. ¿Ingiere alcohol? Indique la frecuencia por día y semana			
13. Nombre del último médico que lo atendió, especialidad y teléfonos.			
14. Nombre del ginecólogo (Si es mujer)			

(\*) Incluir informes patológicos y/o cuestionarios pertinentes.

### AUTORIZACION PARA SUMINISTRARNOS DATOS Y REVELAR INFORMACION PERSONAL:

Por este medio autorizo a cualquier y todo médico o clínica o institución hospitalaria, o a cualquier miembro de su personal profesional, para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier informe, documento, declaración, análisis, diagnósticos o registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o miembro del respectivo personal profesional, y suministren copia de los mismos a ALIADO SEGUROS, además renuncio, exoneró, y relevo al médico, clínica, hospital o cualquier registro profesional, de toda restricción impuesta por la Ley para que informen o revelen cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a la compañía ALIADO SEGUROS. Hago constar y garantizo que las declaraciones en esta solicitud son completas y veraces.

Que no he ocultado detalles relacionados con mi estado de salud y convengo que si fuere aceptado por la compañía y presentarse yo, o mis beneficiarios, alguna reclamación en relación con los beneficios de este seguro antes de un año de vigencia de dicho certificado o póliza, y se demostrase que mis declaraciones no fuesen veraces y completas y que oculte detalles relacionados con mi estado de salud, ALIADO SEGUROS está en su derecho de negar el pago del producto de este seguro, mismo que quedara nulo automáticamente desde su emisión y yo o mis beneficiarios solo tendremos derecho únicamente a reclamar la devolución de las primas pagadas, cuando corresponda.

A su vez, declaro que la dirección, teléfono o correo electrónico que complete en la presente solicitud, se entenderá que es la dirección, teléfono o correo electrónico (cualesquiera que ALIADO SEGUROS utilice) para notificaciones personales, estados de cuenta, cancelación de pólizas, notas o demás documentos que desee ALIADO SEGUROS enviarme. Acepto que es mi obligación notificar formalmente a ALIADO SEGUROS cualquier cambio o modificación en la dirección, teléfono o correo electrónico de esta solicitud. De no notificar este cambio o modificación, acepto que ALIADO SEGUROS me notifique en la dirección establecida en esta solicitud, y acepto que la misma tendrá toda la validez y fuerza legal necesaria.

Firma del Asegurado Propuesto	Cédula	Fecha
-------------------------------	--------	-------

**NOTA: La validez de esta declaración es de 3 meses**

Para uso de la compañía			
	SI	NO	DETALLE
Aprobado			
Recargo			
Comentarios o Pendientes			

SD-AS-202010

+507 304-8555  
aliadosseguros.com  
República de Panamá

\*Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.\*